

(様式2)

個別研修修了報告書

令和 年 月 日

厚生労働大臣 殿

医師法施行規則第10条(歯科医師法施行規則第10条)に基づき、個別研修修了報告書を提出します。

※ 個別研修計画書の写しを添付すること。

| | |
|---------------|-------|
| 氏名 | 印 |
| 生年月日 | 年 月 日 |
| 医籍(歯科医籍)登録番号 | 第 号 |
| 医籍(歯科医籍)登録年月日 | 年 月 日 |
| 助言指導者氏名 | |
| 業務停止開始日 | 年 月 日 |
| 業務停止終了日 | 年 月 日 |
| 個別研修開始日 | 年 月 日 |
| 個別研修修了日 | 年 月 日 |

助言指導者との面接日(記入欄を超える場合は、別紙を添付すること。)

| | |
|------------|-------|
| 助言指導者との面接日 | 年 月 日 |
| | 年 月 日 |
| | 年 月 日 |

個別研修の実施内容(記入欄を超える場合は、別紙を添付すること。)

①主たる受け入れ機関における研修

| | |
|---|----|
| 主たる受け入れ機関の名称 | |
| 研修実施時間(小計) ¹ | 時間 |
| 研修の内容 (記入例) 病棟回診・見学 手術見学 症例検討会 臨床病理検討会(CPC) その他 | |

②その他の研修

| | |
|---|----|
| 研修実施時間(小計) ² | 時間 |
| 研修の内容 (記入例) 〇〇病院における手術見学 〇〇トレーニングセンターにおける気管内挿管シミュレーターにてトレーニング 〇〇学会による〇〇講習会 〇〇団体による〇〇講習会 その他 | |

| | |
|---------------------------|----|
| 研修実施時間(合計) ¹⁺² | 時間 |
|---------------------------|----|

※①主たる受け入れ機関における研修実施時間(小計)¹と②その他の研修実施時間(小計)²の合計時間は、命令された時間(業務停止1年～2年未満の場合は80時間、業務停止2年以上の場合は120時間)以上であること。

助言指導者記入欄

個別研修に係る再教育研修命令を受けた上記の者が、この個別研修を修了したものと認めます。

| | |
|---------|---|
| 助言指導者氏名 | 印 |
|---------|---|